Hémorragies de la délivrance Q159

Pronostic vital, > 500mL, CIVD, révision utérine, Ocytocine ± PGE2, Tamponnement, embolisation, ligature, hysterectomie

Définition

- **HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE « VRAIE »**
  - **Volumétrie** : **> 500 mL** (→ en pratique : « abondantes » car rarement mesuré)
  - **Topographie** : saignement d'origine srictement **endo-utérine** (aire d'insertion du placenta)
  - **Temporel** : survenant **dans les 24 heures** suivant l'accouchement
  - **Fréquence** : 10 à 25 % des accouchements => **fréquents**
  - **Gravité** : **Pronostic vital** mis en jeu : **25 à 30 % de mortalité maternelle**
- **MECANISMES PHYSIOLOGIQUES**
  - Pendant l'accouchement il existe un **clivage** entre les couches profondes et superficielles de la caduque avec mise à nu de nombreux vx responsable de l'hémorragie dite physiologique
  - Facteur principal du décollement placentaire : **rétraction utérine**
  - **Hémostase de la délivrance physiologique** :
    - **Facteur musculaire** (phénomène des **ligatures vivantes par rétraction et contraction** utérine)
    - **Facteur vasculaire** (activation coag par **thromboplastines placentaires** dues à l'hématome rétroplacentaire)

Diagnostic

- **SIGNES FONCTIONNELS**
  - **Hémorragie externe** très brutale, très **abondante**, **indolore,** sang rouge avec de nombreux caillots, à quantifier
  - **Hémorragie non extériorisée si accumulation intra utérine** avec **perte du globe de sécurité** : utérus mou, flasque, étalé, ascencionné (différent de l'ascencion normale) ne se contractant pas.
- **SIGNES GENERAUX**
  - **Sd de choc hémorragique** (hypovolémie + anémie aigue)
    - Chute brutale de la tension artérielle (ne pas attendre l'hypotension artérielle pour traiter !! URGENCE)
    - Pâleur importante, sueurs profuses, soif, angoisse
- **EXAMEN CLINIQUE**
  - **Poser le diagnostic c'est affirmer l'origine placentaire et éliminer le traumatisme des voies génitales** :
    - Rupture utérine[Q], lésions hémorragiques du col[Q], du vagin[Q] ou de la vulve : déchirures… (y penser notamment si manœuvres instrumentales pour extraire l'enfant : forceps…)
  - **Ds ts les cas** (hgie de la délivrance « vraie » et hémorragie « chirurgicale »)**, il s'agit d'une urgence thérapeutique**.
  - **Pas d'examen paraclinique nécessaire**
- **ETIOLOGIES**

➢ **Rétention placentaire** [Q]
  - **Totale** (avant l'expulsion du placenta = délivrance) **ou Partielle** (la délivrance a eu lieu mais après examen soigneux de la face maternelle du placenta : cotylédon manquant ou aberrant)
  - L'expulsion incomplète empêche la rétraction utérine et dc la « ligature vivante » des artères
  - Rétention favorisé par :
    - **Causes utérines**
      - ◻ Cicatrice utérine de curetage, césarienne, myomectomie => points anormaux « d'ancrage » du placenta
      - ◻ Fibrome et Malformation utérine
    - **Causes placentaires**
      - ◻ Placenta praevia, Placenta accreta, Cotylédon aberrant
    - **Liées à l'accouchement :** Hypertonie utérine localisée (enchâtonnement du placenta)
    - **Iatrogène :**
      - ◻ Traction sur le cordon[Q] => arrachement d'un cotylédon (A ne surtout pas faire !!!)
      - ◻ Ttt par β mimétique
    - **Inertie utérine secondaire**

➢ **L'inertie utérine**[Q], étiologie la plus fréquente (pas de « ligatures vivantes »), secondaire à :
  - **Muscle de mauvaise qualité :** Pathologie musculaire, malformation, fibrome, grande multipare
  - **Fatigue musculaire**
      - ◻ Utérus sur-distendu : grossesse gémellaire / multiple, hydramnios, macrosome
      - ◻ Epuisement musculaire (travail long ou dystocique)

➢ **Anomalies de l'hémostase**
  - **Maladie connue :** Willebrand, thrombopénie (médicamenteuse, auto-immune…) …
  - **Maladie acquise :**
      - ◻ Rétent° fœtale prolongée sur MFIU, HRP, HELLP Sd, Embolie amniotique, choc toxi-infectieux/hémorragiq
      - ◻ Consommation liée à l'importance de l'hémorragie (méconnue ou traitée avec retard)

Principes du traitement

Pronostic vital en jeu, *But : hémostase*
CAT stéréotypée, 3 intervenants nécessaires : ***obstétricien, sage femme, anesthésiste***

- **REANIMATION**
  - Allo anesthésiste, **Trendelenbourg**, O2 nasal, 2 VVP de bon calibre, sonde urinaire, scope cardioTA
  - **Rééquilibration hémodynamique**
  - **Rétablir la volémie** : Remplissage par solutés macromoléculaires (Plasmion), PFC puis transfusion sanguine iso groupe phénotypé (Groupage obligatoire en début de grossesse et en début de travail). RAI datant de moins de 3 jrs
  - **Bilan d'hémostase complet** (Plaq, Tp, TCA, Fg, D-dimères, PDF, complexes solubles (ethanol), TLE)
  - **Surveillance** FC, TA, Diurèse, Sat, Clinique : fiche surveillance stricte toutes les 15 min des cstes hémodynamiques

- **S'ASSURER DE LA VACUITE ET DE L'INTEGRITE UTERINE**
  - **Si rétention placentaire totale (**échec de la délivrance « naturelle » au delà de 30 min : massage du fond utérin**)** **délivrance artificielle :** introduction de la main ds l'utérus pr décliver d'abord puis extraire le placenta s'il n'y a pas de décollement. Associer à la delivrance artificielle, mise en route du Syntocinon.
  - Dans tous les cas : **révision utérine**[Q], même si pas de suspiscion de rétention placentaire partielle.
    - Révision utérine **manuelle sous valve en urgence au bloc opératoire**
    - Permet d'éliminer les causes les + fréquentes, de vider l'utérus de ses caillots (accumulés si hypotonie utérine et favorisant la CIVD), d'éliminer les débris placentaires
    - Permet d'éliminer le diagnostic de rupture utérine (dt saignement peut-être intra ou rétro péritonéal)
  - **Assurer la rétraction utérine**
    - Moyens médicamenteux : **Utéroconstricteurs puissants** : **Ocytocine** (Syntocinon®) en perfusion et surtout Prostaglandines **dérivées de la PGE2** (sulprostone = Nalador®) en ***IVSE ou en intramural*** par voie transabdo
    - Moyens manuels : **massage** doux et continu **du fond utérin** jusqu'à obtention du globe de sécurité :
      MASSAGE UTERIN BIMANUEL
  - **Commande de PFC et de CGR** (isogroupe isorhésus !!!)
  - **Sondage urinaire si non réalisée auparavant.**
- **SI PERSISTANCE DU SAIGNEMENT : RECHERCHE D'UNE PLAIE DES VOIES GENITALES**
  - Sous AG ou sous APD
  - **Exploration avec valves** (spéculum insuffisant) : parois vaginales, culs de sacs, commissures du col
  - **Suture** de toutes les plaies
  - **Nouvelle révision utérine et extraire les caillots qui se sont acumulés et qui entretiennent l'Hgie.**
- **SI PERSISTANCE DU SAIGNEMENT : RECHERCHE D'UN TROUBLE DE L'HEMOSTASE**
  - **A évoquer surtout devant absence de caillots**
  - Si thrombopénie → **Transfusion plaquettaire**, si CIVD => **PFC**
- **SI PERSISTANCE DU SAIGNEMENT : AUTRES METHODES**
  - **Tamponnement intra-utérin** (draps ou poing ganté) en cas de saignement provenant d'une cavité utérine intègre.
  - **Traction permanente** sur l'utérus par des **pinces de Museux** posées sur le col **± rotation 90°** (180° ds RDP) permet de plicaturer A. utérines => diminution du débit sanguin utérin favorisant l'hémostase
  - Si dispo (CHU disposant d'1 unité de radiologie vasculaire interventionnelle) et **si stabilité hémodynamique** : **Embolisation artérielle** percutanée en urgence des artères hypogastriques ou des artères utérines sous contrôle radiologique
  - **Abord chirurgical par laparotomie** :
    - **Dévascularisation utérine par ligature des artères** hypogastriques, des A. des ligaments ronds, des A. utérines, des A utéro-ovariennes (→ sans retentissement sur fertilité ultérieure !!!)
    - Voire **Hystérectomie d'hémostase** type subtotale (col en place) interannexielle (annexe en place)
- **PREVENTION**
  - **Révision utérine + utérotoniques** avant tout saignement si doute sur la délivrance
  - **Si** femme à **risque** (gde multipare, distension utérine, travail long, utérus malformé…) ou si mauvais globe utérin ou si trouble de la coag : **délivrance dirigée** (administration d'ocytocine dès la sortie des épaules de l'enfant)
  - **Anticiper** sur l'importance du saignement pour **ne pas retarder décision de ligatures / hystérectomie d'hémostase**

Complication spécifique : Sd de Sheehan

- **SD DE SHEEHAN**[Q] **= NECROSE HEMORRAGIQUE DU POST-PARTUM** (exceptionnel)
  - Par collapsus hémorragique[Q] à la delivrance.
  - Il se caractérise par : absence de montée de lait[Q] (agalactie), absence de retour de couche[Q] (Aménorrhée sans bouffée de chaleur) et hypoglycémie.

Source : Fiches Rev Prat, Cours Fac, RDP, Dossier Estem, Dossier d'annale 1999